Zur Kenntnis der kongenitalen epigastrischen Hernie.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Viktor Stalowski
prakt. Arzt
Hier, Lessingstraße 11.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedrukt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küttner.

1921

Von großer Wichtigkeit nicht nur für den Chirurgen, sondern auch für den praktischen Arzt sind wegen der vielumstrittenen Symptome, die ihnen zugeschrieben werden, die epigastrischen Hernien.

Ihre Frequenz beträgt nach:

Lindenstein (1908)	1 : 1000
Bohland (1894)	1 : 100
Kuttner (1896)	0,2 : 100
Brandenburg	0,15 : 100
Linigers	3 : 100

Die prozentualen Schwankungen erklären sich daraus, daß eine große Anzahl dieser Brüche klinisch ohne jegliches Symptom verläuft, so daß sie nur bei sorgfältiger Untersuchung festgestellt werden können. Ferner gehen die Angaben infolge der Verschiedenheit des Materials auseinander. Man findet die epigastrische Hernie hauptsächlich bei schwer arbeitenden Männern mit straffen Bauchdecken. Während nämlich bei Frauen die Bauchdecken die Möglichkeit besitzen, sich auszudehnen, damit sie bei der Schwangerschaft nicht einreißen, ist diese Fähigkeit dem männlichen Geschlechte versagt; deshalb kann bei Männern eher als bei Frauen der Fall eintreten, das eine epigastrische Hernie bei schwerer Arbeit infolge Ueberdruckes zustande kommt.

Nach Melchior teilt man die epigastrischen Brüche ein in

1. Fettgewebebrüche oder praeperitoneale Lipome,
2. die echten epigastrischen Hernien, und diese wieder in
   a) Magenbrüche,
   b) Brüche mit sonstigem Inhalt,
   c) die sogenannte Hernie en pointe.

Bei 1. handelt es sich um einen Prolaps des praeperitonealen Fettgewebes durch bruchpfortenartige Lücken der linea alba; die Lipome erscheinen häufig als pilzartige polypöse Bildungen und sind der häufigste Typ der epigastrischen Hernien.

2. Die echten epigastrischen Hernien zeichnen sich durch das Vorhandensein eines Bruchsackes aus; als Inhalt desselben

kommen Magenwand, ligamentum gastro-colicum und Netz in Frage.

Die Hernien entstehen teils durch Traumen, teils sind sie kongenitalen Ursprungs. Besonders beachtenswert ist bei angeborenen epigastrischen Brüchen die Kombination mit einem gespaltenen processus xiphoideus. Außerdem gilt als aetiologisches Moment auch noch Disposition, plötzliche Abmagerung und Anomalien im ventralen Rumpfverschluß. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, in der Praxis epigastrische Hernien mit gespaltenem processus xiphoideus zu beobachten.

Die Hernien treten mit den verschiedenartigsten Symptomen auf. Man kann sie einteilen in

a) latent verlaufende Fälle,
b) solche mit rein lokalen Beschwerden,
c) wieder andere, die unter dem Bilde einer einfachen Dyspepsie verlaufen,
d) schließlich auch solche, die mit paroxysmalen Schmerzen einhergehen.

Klinisch am häufigsten beschrieben sind die der Gruppe c.

Oft äußert sich die Hernie auch in zerrendem Gefühl im Bruche selbst. Nur in einigen wenigen Fällen hat man sogar auch Erbrechen konstatieren können.

Bluterbrechen, Magenschmerzen und mehrere andere Symptome sind jedoch im Gegensatz zur Behauptung Mandls (Wien) in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wohl auf einen Nebenbefund am Magen zurückzuführen.

Druckschmerzhaftigkeit in der regio epigastrica einer dort bestehenden Hernie ursächlich zuzuschreiben, kann zur Fehldiagnose führen; denn es gibt keinen spezifischen Druckpunkt für die Hernie, zumal ja die Bauchgegend eo ipso meist druckempfindlich ist.

Um die Hernie richtig diagnostizieren zu können, hat es sich als zweckmäßig herausgestellt — vor allen Dingen weist Köhl in der „Schweizer medizinischen Wochenschrift 1921" darauf hin, — neben der weniger zuverlässigen Aciditätsprüfung des Magensaftes noch die Röntgenuntersuchung heranzuziehen, weil man durch sie ulcera am Magen oder Adhaesionen eindeutig feststellen kann.

Gelegentlich wird behauptet, daß durch Zug am Peritoneum die Hernie Schmerzen hervorruft. Im großen ganzen kommt je-

doch für die Diagnosestellung der Zug am Peritoneum parietale weniger in Betracht, weil ja die meisten epigastrischen Hernien Lipome sind, also gar keinen Bruchsatz besitzen und folglich auch keinen Zug auf das Peritoneum ausüben können.

Nur die echten epigastrischen Hernien besitzen einen Bruchsack; bei ihnen allein werden Inkarzerationen beobachtet; doch sind sie bei der epigastrischen Hernie selten und rufen jedenfalls nicht die schweren Folgezustände hervor, wie solche bei den inkarzerierten Inguinalhernien vorkommen.

Die Therapie der Hernien der linea alba ist eine eindeutige. Bei den symptomlos verlaufenden Hernien verhält man sich vollständig konservativ. Sind geringe Beschwerden vorhanden, wird man sich mit einem Heftpflasterverband begnügen, mit dem man schon ganz gute Erfolge erzielt hat. Bei schweren Fällen ist jedoch die Radikaloperation angezeigt. Die Methoden einer solchen Operation sind sehr zahlreich beschrieben, und verweise ich diesbezüglich auf ihre Darstellung in Melchiors Arbeit: „Zur Kenntnis der epigastrischen Hernie."

Die Prognose der epigastrischen Hernien, soweit es sich um solche mit Beschwerden handelt, ist häufig als ungünstig bezeichnet worden. Denn durch die Operation beseitigt man nur die Hernie, die Schmerzen jedoch bleiben bestehen, weil diese meist nicht von der epigastrischen Hernie, sondern von einem nebenhergehenden Befunde am Magen ausgehen. Mitunter kommt es auch zu Rezidiven, eine Tatsache, auf die Melchior und Köhl bereits hingewiesen haben.

Verlag: Wirtschaftsamt der Studententenschaft der Universität Breslau.